

**ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕРОЧНОГО ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

Наталья Михайловна Корецкая, Артем Николаевич Наркевич

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. – д.м.н., проф. Н.М. Корецкая)

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ путей выявления, структуры клинических форм и характеристики специфического процесса у 1685 больных трудоспособного возраста, из которых 639 относились к организованному, а 1046 – к неорганизованному населению. У неорганизованного населения установлено более частое выявление туберкулеза легких при обращении с жалобами, связанное с нарушением декретированных сроков флюорообследования и с более тяжелой структурой клинических форм и характеристикой процесса. Доказана необходимость ежегодного проверочного флюорообследования неорганизованного населения трудоспособного возраста при сохранении кратности обследования организованного населения – 1 раз в 2 года.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, активное выявление, сроки обследования, трудоспособное население.

**OPTIMAL TERMS OF THE TESTING X-RAY EXAMINATION IN WORKING – AGE POPULATION**

N.M. Koretskaya, A.N. Narkevich

(Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F.Voino-Yasenetsky)

**Summary.** A comparative analysis of ways of revelation, structure of clinical forms and characteristics of specific process was performed in 1685 working-age patients, 639 were organized and 1046 were unorganized population. More frequent incidence of pulmonary tuberculosis when addressing complaints, association with untimely X-ray examination and worse structure of clinical forms and peculiarities of the process was determined in unorganized population. It is proved that annual testing X-ray examinations in unorganized working – age population is necessary as well as in organized population – once in 2 years.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, active revelation/detection, terms of examination, working – age population.

Для успешного противодействия распространению туберкулеза и организации противотуберкулезной работы очень важно определение охраны здоровья граждан как совокупности мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, санитарно-эпидемиологического и медицинского характера [14]. своевременное выявление больных туберкулезом органов дыхания – неперемное условие надежного контроля распространения среди населения туберкулезной инфекции и успешного лечения больных [1,7]. В решении этой задачи основное место занимает проверочное флюорографическое обследование (ПФЛГО) населения, альтернативы которому в настоящее время нет [6,7]. Многие фтизиатры считают целесообразным осуществление селективного подхода к его проведению у определенных групп населения, в частности, с социальными и медицинскими факторами риска [4,5] и доказывают высокую эффективность и экономичность такого подхода [13]. Однако в литературе последних лет все чаще указывается на необходимость перехода к проведению ежегодных массовых ПФЛГО всему населению [8,10,11,12]. В этой связи определение кратности проведения ПФЛГО различным категориям населения, особенно трудоспособного возраста, является актуальной проблемой.

Цель работы: определение кратности проведения ПФЛГО организованному и неорганизованному населению трудоспособного возраста.

**Материалы и методы**

В разработку взяты данные обо всех впервые выявленных больных туберкулезом легких трудоспособного возраста (1685 человек), проходивших стационарное лечение в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере №1 в 2007-2009 гг. Критерием отбора для женщин являлся возраст от 18 до 55 лет, для мужчин – от 18 до 60. Анализировались пути выявления заболевания (ПФЛГО или обращение с жалобами), сроки предшествующего флюорографического обследования (ФЛГО), структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса (протяженность поражения, наличие распада и бактериовыделения). Больные были разделены на две группы: I-я (639 чел.) – организованное население, II-я (1046 чел.) – неорганизованное население.

Результаты исследования оценивались по критерию t Стьюдента. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение**

Среди впервые выявленных больных трудоспособного возраста преобладали сельские жители (68,8±1,1%), мужчины (64,8±1,2%) и неорганизованное население (62,1±1,2%). Последний показатель по нашим данным был выше, чем в среднем по России [1]. Больные I и II групп по возрасту и полу не имели статистически значимых различий. Установлено, что удельный вес организованного населения среди впервые выявленных больных в городе был выше, чем в селе (47,0±2,2% против 33,8±1,4%;  $p < 0,001$ ), что в полной мере отражает современную ситуацию, связанную со сложившейся структурой производственных отношений, общественно-

Таблица 1  
Структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса у больных I-й и II-й групп (в %; M±m)

Клинические формы и характеристика процесса		Группы больных		p-II	
		I-я n=639	II-я n=1046		
Клинические формы	Первичный комплекс	0,2±0,2	0,2±0,1	>0,05	
	Диссеминированный	26,4±1,2	41,6±1,5	<0,001	
	Милярный	–	0,3±0,2	>0,05	
	Очаговый	10,8±1,2	4,9±0,7	<0,001	
	Инfiltrативный	55,2±2,0	43,1±1,5	<0,001	
	Казеозная пневмония	0,3±0,2	5,2±0,7	<0,001	
	Туберкулема	6,6±1,0	3,4±0,6	<0,01	
	Кавернозный	0,2±0,2	–	>0,05	
Характеристика процесса	Фиброзно-кавернозный	0,3±0,2	1,3±0,4	<0,05	
	Объем поражения легких	1-2 сегмента	50,4±2,0	28,4±1,4	<0,001
		Доля	22,4±1,6	22,0±1,3	>0,05
		Более доли в т.ч. тотальное поражение легких	27,2±1,8	49,6±1,5	<0,001
	Фаза распада	42,9±2,0	57,7±1,5	<0,001	
Бактериовыделение	27,2±1,8	47,4±1,5	<0,001		

политических структур и замены их новыми [3].

Анализ путей выявления заболевания показал, что у больных I-й группы доля активного выявления была значительно выше, чем во II-й (60,3±1,9% против 48,7±1,5%; p<0,001), что подтверждает литературные данные о трудности привлечения неорганизованного населения к ПФЛГО [2].

Сравнительная оценка структуры клинических форм туберкулеза легких у больных I-й и II-й групп установила выраженные ее различия (табл. 1). Так, у больных II-й группы наблюдался статистически значимо более высокий удельный вес таких форм как диссеминированная (41,6±1,5% против 26,4±1,2%; p<0,001), казеозная пневмония (5,2±0,7% против 0,3±0,2%; p<0,001), фиброзно-кавернозная (1,3±0,4% против 0,3±0,2%; p<0,05); реже диагностировался очаговый туберкулез (4,9±0,7% против 10,8±1,2%; p<0,001) (табл. 1). Более тяжелой структуре клинических форм у больных II-й группы в полной мере соответствовала характеристика процесса: значительно выше удельный вес поражений, захватывающих более доли легкого (49,6±1,5% против 27,2±1,8%; p<0,001), а доля тотального поражения обоих легких была в 2 раза выше, чем в I-й (соответственно 29,9±1,4% и 14,2±1,4%; p<0,001), и имела место у каждого третьего больного (табл. 1). Преобладание распространенных процессов отразилось как на частоте распада легочной ткани, так и на частоте бактериовыделения, показатели которых у больных II-й группы были значительно выше (табл. 1). Особенно обращает на себя внимание почти в 2 раза более высокий удельный вес бактериовыделителей среди больных II-й группы (47,4±1,5% против 27,2±1,8%; p<0,001). Следует отметить, что доказано наличие корреляционной связи между занятостью населения и заболеваемостью

Таблица 2  
Сроки предыдущего ФЛГО у больных I-й и II-й групп (в %; M±m)

Сроки предыдущего ФЛГО	Группы больных		p-I-II
	I-я n=639	II-я n=1046	
До 1 года	11,4±1,3	6,6±0,8	<0,01
1 – 2 года	42,6±2,0	27,2±1,4	<0,001
2-3 года	20,8±1,6	22,8±1,3	>0,05
Более 3 лет	25,2±1,7	43,3±1,5	<0,001

лению заболевания (табл. 2), было установлено, что у организованного населения, по сравнению с неорганизованным, значительно выше удельный вес больных со сроками данно-

го обследования до 1 года, 1-2 года и в 1,7 раза ниже доля больных, не проходивших его более 3-х лет. Полученные данные свидетельствуют о более частом нарушении регулярности ПФЛГО неорганизованным населением, с чем в значительной мере связана более тяжелая структура клинических форм и характеристика процесса, что отмечено и другими авторами [15].

Установленные у больных I-й и II-й групп различия в сроках ФЛГО, предшествующих выявлению заболевания, явились предпосылкой для определения оптимальных сроков проведения ПФЛГО организованному и неорганизованному населению. С этой целью нами проанализирована структура клинических форм и характеристика процесса у больных I-й и II-й групп в зависимости от сроков ФЛГО, предшествующих выявлению туберкулеза легких (табл. 3).

Нами установлено, что в срок ФЛГО до 1 года у больных I-й и II-й групп в клинической структуре и в характеристике туберкулезного процесса различий не наблюдалось, а они появлялись в срок обследования от 1 до 2 лет. Так, в этот срок у неорганизованного населения, по сравнению с организованным, в структуре клинических форм отмечен больший удельный вес диссеминированного туберкулеза, казеозной пневмонии, меньший, – очагового, при отсутствии кавернозного, фиброзно-кавернозного и милиарного туберкулеза у больных обеих групп (табл. 3). Выраженные различия наблюдались и в характеристике процесса: у больных II-й группы при сроке ФЛГО от 1 до 2 лет констатирован более низкий удельный вес бисегментарных поражений, выше распространенных, захватывающих более доли легкого, и в 2 раза больше доля больных с тотальным поражением обоих легких; выше также удельный вес распада легочной ткани и бактериовыделения. Следовательно, удлинение сроков ФЛГО до двух лет у неорганизованного населения приводит к значительно более выраженным в сторону утяжеления изменениям структуры клинических форм и характеристики специфического процесса по сравнению с организованным.

Однако особенно различия проявлялись при сроке ФЛГО, превышающем 3 года. В этот срок во II-й группе больных, по сравнению с I-й, намного выше доля диссеминированного туберкулеза (46,4±2,3% против 28,6±3,6%; p<0,001), который занял I-е место в структуре клинических форм; значительно выше была и доля казеозной пневмонии (7,7±1,3% против 0,6±0,6%; p<0,001), фиброзно-кавернозного туберкулеза (2,9±0,8% против 0,6±0,6%; p<0,05). Во II-й группе больных происходило дальнейшее снижение доли ограниченных процессов, и она осталась более низкой по сравнению с I-й группой больных (21,9±1,9% против 40,4±3,9%; p<0,001). У

Таблица 3  
Структура клинических форм и характеристика туберкулезного процесса у больных I-й и II-й групп в зависимости от срока предыдущего ФЛГО (в %; M±m)

Клинические формы и характеристика процесса		Сроки предыдущего ФЛГО								
		До 1 года		1 – 2 года		2 – 3 года		Более 3 лет		
		I-я гр. (n=73)	II-я гр. (n=69)	I-я гр. (n=272)	II-я гр. (n=285)	I-я гр. (n=133)	II-я гр. (n=239)	I-я гр. (n=161)	II-я гр. (n=453)	
Клинические формы	Первичный комплекс	–	–	–	–	–	0,8±0,6	0,6±0,6	–	
	Диссеминированный	28,8±5,3	29,0±5,5	25,7±2,7	38,2±2,9**	24,1±3,7	40,2±3,2***	28,6±3,6	46,4±2,3***	
	Милиарный	–	2,9±2,0	–	–	–	–	–	0,2±0,2	
	Очаговый	8,2±3,2	8,7±3,4	15,8±2,2	7,7±1,6**	4,5±1,8	4,6±1,4	8,7±2,2	2,6±0,8*	
	Инfiltrативный	58,9±5,8	52,2±6	54,8±3,0	48,1±3,0	58,6±4,3	46,4±3,2*	51,6±3,9	36,9±2,3**	
	Казеозная пневмония	–	2,9±2,0	–	3,9±1,1**	0,8±0,7	2,5±1,0	0,6±0,6	7,7±1,3***	
	Туберкулема	4,1±2,3	4,3±2,5	3,7±1,1	2,1±0,9	11,3±2,7	5,0±1,4*	8,7±2,2	3,3±0,8*	
	Кавернозный	–	–	–	–	–	–	0,6±0,6	–	
Фиброзно-кавернозный	–	–	–	–	0,8±0,7	0,4±0,4	0,6±0,6	2,9±0,8*		
Характеристика процесса	Объем поражения легких	1-2 сегмента	52,1±5,8	40,6±5,9	55,5±3,0	31,9±2,8***	51,1±4,3	33,1±3,0***	40,4±3,9	21,9±1,9***
		Доля	16,4±4,3	20,3±4,8	21,0±2,5	27,0±2,6	24,8±3,7	23,8±2,8	25,5±3,4	18,1±1,8
		Более доли в т.ч. тотальное поражение легких	31,5±5,4	39,1±5,9	23,5±2,6	41,1±2,9***	24,1±3,7	43,1±3,2***	34,2±3,7	60,0±2,3***
	Фаза распада	47,9±5,8	50,7±6,0	43,8±3,0	56,8±2,9**	36,8±4,2	51,9±3,2***	44,1±3,9	62,5±2,3***	
	Бактериовыделение	24,7±5,0	36,2±5,8	29,0±2,8	44,6±2,9***	24,1±3,7	41,8±3,2***	28,0±3,5	53,9±2,3***	

Примечание: p – значимые различия между группами в соответствующий срок ФЛГО: \* - <0,05, \*\* - <0,01, \*\*\* - <0,001.

больных II-й группы удельный вес процессов, протяженностью более доли, был почти в 2 раза выше, чем в I-й (соответственно  $60,0 \pm 2,3\%$  и  $34,2 \pm 3,7\%$ ;  $p < 0,001$ ), равно как и тотального поражения обоих легких ( $37,1 \pm 2,3\%$  против  $14,9 \pm 2,8\%$ ;  $p < 0,001$ ). Следовательно, при сроке прохождения ПФЛГО более 3-х лет у больных II-й группы наблюдались значительно более тяжелые изменения структуры клинических форм и объема поражения легочной ткани, а такие больные требуют более длительного и дорогостоящего лечения [8]. Особого внимания заслуживают различия в частоте распада легочной ткани ( $62,5 \pm 2,3\%$  против  $44,1 \pm 3,9\%$ ;  $p < 0,001$ ) и бактериовыделения ( $53,9 \pm 2,3\%$  против  $28,0 \pm 3,5\%$ ;  $p < 0,001$ ) у больных II-й и I-й групп. Последний показатель указывает на в 2 раза большую эпидемиологическую опасность впервые выявленных больных туберкулезом легких из числа неорганизованного населения, что подтверждают и данные литературы [3].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов С.Е., Гунтупова Л.Д., Дергачев А.В. и др. Выявление и диагностика больных туберкулезом органов дыхания по данным системы эпидемиологического мониторинга // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.147-148.
2. Гайворонская Г.В. Причины несвоевременной диагностики туберкулеза легких в амбулаторно-поликлинической сети // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.148.
3. Гиреев Т.Г. Факторы социального риска и заболеваемость туберкулезом органов дыхания // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2008. – №4. – С.33-36.
4. Голубев Д.Н., Газизулина Г.Х. Организация выявления больных туберкулезом органов дыхания из групп повышенного риска // Туберкулез в России. Год 2007: Матер. VIII Росс. съезда фтизиатров. – М., 2007. – С.149.
5. Коноркина Е.А., Коломиец В.М. Эффективность провальных осмотров в группе повышенного риска туберкулеза – психические больные на принудительном лечении // Торакальная радиология: Силлабус междунар. конф. и школы врачей / Под. ред. проф. Тюрина И.Е. – СПб.: 2010. – С.209.
6. Морозова Т.И., Завалев В.И., Троицкий В.В. Программа выявления и лечения больных туберкулезом в Саратовской области // Пробл. туб. и болезней легких. – 2004. – №8. – С.19-20.
7. Научно-практическая конференция «Выявление больных туберкулезом» // Пробл. туб. и болезней легких. – 2007. – №5. – С.44-50.
8. Панченко И.Н., Гаврилов П.В., Арчакова Л.И. Значение сроков флюорографического обследования в выявлении различных форм и фаз туберкулеза легких (на примере Республики Коми) // Торакальная радиология: Силлабус

Таким образом, туберкулез легких у неорганизованного населения трудоспособного возраста чаще, чем у организованного, выявляется при обращении с жалобами, что связано с нарушением декретированных сроков прохождения ПФЛГО и с более тяжелой структурой клинических форм и характеристикой процесса. У неорганизованного населения трудоспособного возраста выраженные изменения в клинической структуре и характеристике процесса в неблагоприятную сторону происходят в более короткий, по сравнению с организованной частью населения, период (срок прохождения ПФЛГО от 1 до 2 лет). Эпидемиологическая опасность больных трудоспособного возраста из неорганизованного населения в 2 раза выше, чем организованного. Оптимальным сроком проведения ПФЛГО неорганизованному населению трудоспособного возраста является ежегодное обследование, организованному, – 1 раз в 2 года.

Междунар. конф. и школы для врачей / Под ред. И.Е. Тюрина. – СПб.: 2010. – С.220-221.

9. Подгаева В.А., Голубев Д.Н., Черняев И.А., Шулев П.Л. Влияние занятости населения на показатели, формирующие эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу на Урале // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №1. – С.117-119.

10. Резолюция Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулеза», Москва, 17-18 июня 2009г. // Туб. и болезни легких. – 2009. – №9. – С.62.

11. Сапрыкина О.В., Животовский Б.Т., Стрельцова Е.Н., Сапрыкина Л.П. Клиническая структура туберкулеза у впервые выявленных больных в зависимости от сроков прохождения флюорографии // Астраханский мед. журнал. – 2008. – №2. – С.77-79.

12. Стерликов С., Богородская Е., Аксенова В. Выявление больных туберкулезом в учреждениях здравоохранения общей лечебной сети // Врач. – 2010. – №11. – С.73-77.

13. Хамракулов Р.Ш., Ходжаниязов Ф.Б. Роль цифровой флюорографии в раннем выявлении туберкулеза и неспецифической патологии органов дыхания в условиях Узбекистана // Совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом: Матер. Всеросс. науч.-практ. конф. с междунар. участием. – СПб., 2010. – С.80-81.

14. Хантаева Н.С., Галимов С.А. Совершенствование нормативно-правовой базы противотуберкулезных мероприятий на региональном уровне // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – №5. – С.102-105.

15. Шоматов А.О., Кибисов В.М., Тхабисимова И.К., Тилова Л.А. Медико-социальные особенности впервые выявленных больных туберкулезом // Пробл. туб. – 2004. – №4. – С.14-16.

**Информация об авторах:** 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1, КрасГМУ, кафедра туберкулеза с курсом ПО, тел. (391) 261-76-82, e-mail: kras-kaftuber@mail.ru, Корецкая Наталья Михайловна – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Наркевич Артем Николаевич – клинический ординатор

© ШУКИЛЬ Л.В. – 2011  
УДК 681.3

#### ОПЫТ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ПО СЕРТИФИКАЦИИ И КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Людмила Владимировна Шукиль

(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра организации здравоохранения ПДО, зав. – д.м.н., проф. Ю.В. Ерофеев)

**Резюме.** Представлен опыт работы Территориального Центра по сертификации и контролю качества лекарственных средств Омской области. Оценены ключевые направления деятельности, структура центра за последние годы.

**Ключевые слова:** качество медицинской помощи, экспертиза качества медикаментов.

#### THE EXPERIENCE OF WORK OF REGIONAL CENTER FOR CERTIFICATION AND DRUG CONTROL IN OMSK REGION

L. V. Shukil  
(Omsk State Medical Academy)

**Summary.** The experience of functioning the regional center for certification and drug control on Omsk region has been